




DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	JENJANE KHALID
Matricule :	8977
N° CIN :	BJ109457
Adresse :	Rôle urbain N°1000 Zone villon 388
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 121203269
Certifie que Mlle, Mme, M. :	JENJANE KHALID
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : SEA 87 ⊕ new as autorise	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : voir ordonnance	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : le Cachet et signature du médecin traitant 	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



220414170602T.

27 avril 2022

JENJARE KHALID

- 1 - Coplavix 75/100 mg : 1 cp par jour
- 2- STANORME 20 mg : 1 cp/jr le soir
- 3- Cardensiel 2.5 mg : 1/2 cp par jour
- 4- Lamprol 30mg 1cp /jour le matin 15 min avant le
petit déjeuner
- X 5- Triatec 5mg 1/2 cp/jour)
Traitement de 3 mois

Hôpital Universitaire International Clouet Khalid
Pr. ASSISSE FLOUËRADI AMAL
CARDIOLOGUE



063728

I. N° du certificat (Certificate number)**II. Nom et prénom du titulaire** (Last and first name of holder)

JENJARE KHALID

III. Date et lieu de naissance (Date and place of birth)

18/11/1969 CASABLANCA

IV. Adresse du titulaire (Address)

POLE URBAIN NOUACEUR ZONE VILLAS N°388

V. Nationalité (Nationality)

MAROCAINE

VI. Signature du titulaire (Signature of holder)**VII. Date de délivrance** (Date of issue)

16/05/2022

VIII. Restrictions, Limitations ou Dérogations
Restrictions, Limitations or Exemptions

INAPTE 05 MOIS

**IX. Signature et cachet du médecin examinateur agréé
ou du médecin chef du centre d'expertise**
(Signature and stamp of issuing AME or AMC)

Pr. Mohamed BOUSSIF

AME N° 02/16/DGAC-Maroc

AEME N° CN-AMC-02

Centre International des Aptitudes Médicales
Casablanca**X. Validité** (Validity)

Classe (Class)	Date d'expiration (Expiry date)
Classe 1 (Class 1)	
Classe 2 (Class 2)	
Classe 3 (Class 3)	
Classe 4 (Class 4)	
Date d'examen (Examination date)	16/05/2022
Date du prochain Electrocardiogramme (Next ECG date)	
Date du prochain audiogramme (Next audiogram date)	
Date du prochain examen ORL (Next ENT examination date)	
Date du prochain examen ophtalmologique (Next Ophthalmology ex. date)	

Bouskoura, le 17/05/2022

CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE CHRONIQUE

Je soussigne, PR EL OUARRADI AMAL certifie que, Mr **JENJARE KHALID** est suivi et traité pour une pathologie chronique nécessitant un traitement au long cours.

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant EL OUARRADI Amal
Cardiologie
12120326C

Signature et cachet

Pr. Assistant EL OUARRADI Amal
Cardiologie
12120326C



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

PLI CONFIDENTIEL

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro



2200202382 / 220414170602T.

Prénom

Prénom : KHALID

Nom

Nom : JENJARE

Assuré

DDN : 18/11/1969 E: 14/04/2022

Service : USIC (NA)

Date de naissance du bénéficiaire :

PAYANT
Sexe: M

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres :

0-0-1-2-4-1-2-8-9-1

Date de la consultation : 14/11/2022

Diagnostic et motif des soins

Schizophrénie

Antécédents et facteurs de risque :

HTA, Stress

Examen clinique à l'admission :

Pharmacopée régulière

Résultats des bilans para cliniques :

ECG normal

Début et nature des soins :

Hôpital de jour, Casablanca

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

3 à 6 mois

14/10/2022

Fait à :

Casablanca

Le 14/11/2022

Signature et cachet du médecin traitant

[Signature]



00063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779909
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma